



WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 ГОДА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА _____			ДАТА РОЖДЕНИЯ _____	
	АЛЛЕРГИИ _____			ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Мой ребенок ест разнообразную пищу.		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Мой ребенок ладит с другими детьми.		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Мой ребенок может прыгать на одной ноге.		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Мой ребенок может спеть песню.		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Мой ребенок может одеваться самостоятельно.		
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE		
	<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____		
Screening:					
Hearing Screen	MHZ	R	L		
	4000	_____	_____		
	2000	_____	_____		
	1000	_____	_____		
	500	_____	_____		
Vision Screen	20/	_____	20/	_____	
Development	N	A			
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Social Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Physical:					
General appearance	N	A	Chest	N	
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Describe abnormal findings:					
IMMUNIZATIONS GIVEN					
REFERRALS					
NEXT VISIT: 5 YEARS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS		

DSHS 13-684C RU (REV. 08/2001)

 SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (4 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

Lead Screen

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose. Hepatitis B vaccine is required for school entry.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dresses with supervision. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Plays games with other children (e.g., tag).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Says what to do when tired, cold, hungry. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says first and last name when asked.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Walks up and down stairs, alternating feet. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Balances on each foot for 2 seconds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copies a circle. |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inappropriate play with toys/no pretend play.</div> | | |

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 ГОДА

WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 4 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 ГОДА

АНДНЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ			
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок ест разнообразную пищу.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может прыгать на одной ноге.
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок ладит с другими детьми.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может спеть песню.
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может одеваться самостоятельно.		
	ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЬ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЬ)	КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ	Питание _____ Выделения _____ Сон _____
	<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейного анамнеза			
	Обследования: Проверка слуха	МГц 4000 2000 1000 500	Прав. _____	Лев. _____
	Проверка зрения	Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>	20/ _____	20/ _____
Развитие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Поведение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Социальное/ эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Грубая моторика	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Тонкая моторика	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Нарушения:	Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>		
Общий внешний вид	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Грудная клетка Легкие	
Кожа	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Голова	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Сердечно-сосудистая система/ пульс	
Глаза	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Живот	
Уши	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Половые органы	
Нос	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Позвоночник	
Ротовая полость/ зубы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Конечности	
Шея	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Неврологическое состояние	
Лимфатические узлы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Походка	
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Опишите выявленные нарушения: _____				
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		

Здоровье вашего малыша в возрасте 4 лет

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 4 до 5 лет

Легко спускается и поднимается по лестнице.

Прыгает.

Говорит более распространенными предложениями.

Говорит о том, что будет завтра и что было вчера.

Может считать на пальцах.

Узнает некоторые буквы.

Помнит свой адрес и телефон.

Играет, переодеваясь в различную одежду.

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Детские книги на темы, которые вы считаете трудными для обсуждения: спросите о них в местном департаменте здравоохранения или у детского библиотекаря в общественной библиотеке.

Чтобы получить помощь в обучении ребенка правилам пожарной безопасности: поговорите с пожарными местной пожарной станции.

Советы по сохранению здоровья

До школы ребенку нужно пройти определенные прививки. Проверьте, чтобы они были сделаны в скором времени. Если вы решили, что ребенку не нужны определенные виды прививок, вам придется подписать соответствующую форму отказа от прививок.

Ежедневно предлагайте ребенку по крайней мере пять маленьких порций фруктов и овощей. Они крайне полезны для здоровья и являются хорошими легкими закусками.

Следите за тем, чтобы ребенок высыпался – так он будет чувствовать себя лучше и ему будет легче даваться обучение. Укладывайте ребенка пораньше, чтобы он спал по 10-12 часов в сутки. Придумайте какое-нибудь однообразное занятие перед сном, которое поможет ребенку заснуть. Почитайте ему или поговорите с ним перед сном.

Советы по воспитанию детей

Поощряйте ребенка использовать слова, чтобы высказывать, почему он расстроен или грустит. Покажите ему, как это делать на своем примере.

Отводите время на то, чтобы каждый день читать, разгадывать головоломки или играть в подвижные игры на улице со своим ребенком.

От природы дети проявляют любопытство к своему телу. Простые, честные ответы позволят вашему ребенку разобраться в своем теле. Используйте настоящие названия для интимных частей тела.

Советы, касающиеся безопасности

Специальные детские сиденья – для больших детей! Ставьте детское сиденье на заднее сиденье автомобиля, используя при этом поясной/плечевой ремень, пока ребенок не подрастет и не сможет пользоваться ремнями безопасности так, как это делают взрослые. В скором времени появятся требования, согласно которым детские сиденья будут нужны для детей до 6 лет или весом менее 60 фунтов (около 27 кг).

Проверьте, чтобы ребенок знал свой адрес и телефон. Научите ребенка, как позвонить 911 в случае экстренной ситуации. Научите его оставаться на линии, если придется вызывать помощь. Потренируйтесь дома на игрушечном телефоне.

Научите ребенка, как останавливаться, падать на землю и кататься по земле, если у него загорелась одежда.